

RICHIESTA CONTRIBUTO PRESTAZIONE ASSISTENZIALE

NELLA ENTITA' E SECONDO LE NORME PREVISTE DAL REGOLAMENTO

Il Sottoscritto _____ Nato/a il _____
a _____ Residente a _____ (____)
Via _____ c.a.p. _____
Codice Fiscale (lavoratore) _____ Cod. C.E. _____

Dichiara

Che è attualmente alle dipendenze della ditta _____ Cod. C.E. _____

e che nell'anno corrente ha lavorato:

- in provincia di Teramo
 nelle seguenti Casse Edili _____

preso atto del regolamento di codesta Cassa Edile presenta domanda per prestazione assistenziale

a favore del proprio familiare _____

Codice fiscale _____

Premio prima occupazione

Documenti allegati:

- 1) Documenti di riconoscimento del lavoratore (carta d'identità e codice fiscale validi)

Contributo nascita figli

Documenti allegati:

- 1) Certificato di nascita
- 2) Stato di famiglia autocertificato su apposito modulo allegato
- 3) Documenti di riconoscimento del lavoratore (carta d'identità e codice fiscale validi)

Contributo rette asilo nido

Documenti allegati:

- 1) Certificato iscrizione asilo nido
- 2) Documento avvenuto pagamento della retta
- 3) Stato di famiglia autocertificato su apposito modulo allegato
- 3) Documenti di riconoscimento del lavoratore (carta d'identità e codice fiscale validi)

Si dichiara che tutte le circostanze ed i dati di cui alla presente sono veritieri e si acconsente altresì al trattamento dei dati personali e particolari, ai sensi del Reg.UE 679/2016 e del Dlgs 196/2003.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____

Via/Piazza _____ n° _____

consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni

DICHIARA

che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

1	_____ (Cognome)	_____ (Nome)	_____ (data nascita)
	_____ (Comune Nascita)	_____ (Prov)	_____ (Rapporto di parentela)
	_____ (Codice Fiscale)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Fiscalmente a carico -barrare la casella)
2	_____ (Cognome)	_____ (Nome)	_____ (data nascita)
	_____ (Comune Nascita)	_____ (Prov)	_____ (Rapporto di parentela)
	_____ (Codice Fiscale)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Fiscalmente a carico -barrare la casella)
3	_____ (Cognome)	_____ (Nome)	_____ (data nascita)
	_____ (Comune Nascita)	_____ (Prov)	_____ (Rapporto di parentela)
	_____ (Codice Fiscale)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Fiscalmente a carico -barrare la casella)
4	_____ (Cognome)	_____ (Nome)	_____ (data nascita)
	_____ (Comune Nascita)	_____ (Prov)	_____ (Rapporto di parentela)
	_____ (Codice Fiscale)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Fiscalmente a carico -barrare la casella)

Data e luogo ____ / ____ / _____

Firma del lavoratore iscritto